



CARTAS AL DIRECTOR

Manejo de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un centro de salud

Management of COPD patients in a health centre

Sr. Director:

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar el cumplimiento de los criterios de buena atención (Normas Técnicas Mínimas [NTM]) en el diagnóstico de los pacientes EPOC a partir de enero de 2007 hasta diciembre de 2009 en el Centro de Salud (CS) Las Ciudades, con respecto al protocolo vigente de atención primaria de la comunidad de Madrid¹.

Como objetivos secundarios nos planteamos describir la comorbilidad asociada más frecuente en estos pacientes, así como evaluar el cumplimiento de las NTM en el seguimiento de los pacientes diagnosticados de EPOC en el año 2007.

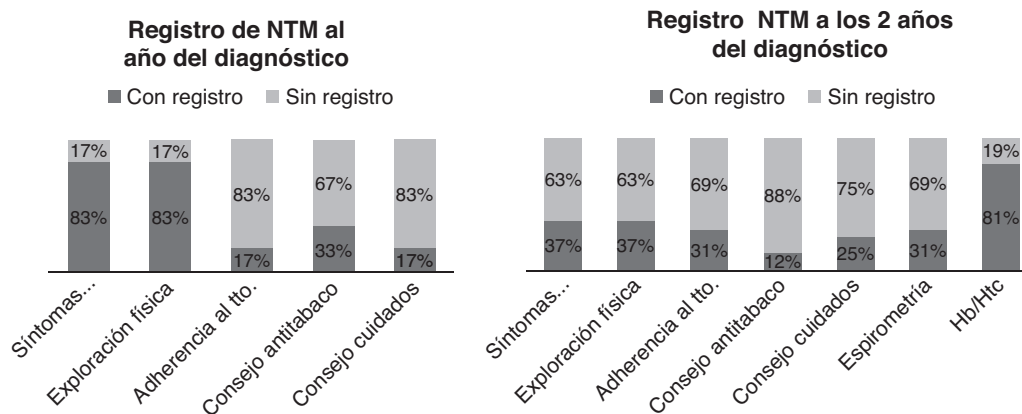
Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron los pacientes del CS Las Ciudades de Getafe (Madrid) diagnosticados de EPOC y codificados con el CIAP R95 mediante el sistema informático OMI-AP, desde enero 2007 (año de actualización del protocolo de manejo de EPOC

en Atención Primaria) hasta diciembre de 2009. Se estudiaron un total de 70 pacientes, excluyendo aquellos sin historia clínica en el momento de realizar el estudio.

Se midieron 2 tipos de variables: las relacionadas con el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes, y las relacionadas con la comorbilidad. Con respecto a las primeras, se registró el cumplimiento o no de las NTM en el momento del diagnóstico y al año (presencia de síntomas respiratorios, exploración física, hábito tabáquico y cuantificación en paquetes/año) y de las NTM en el diagnóstico y a los 2 años (presencia de espirometría, clasificación según escala GOLD y determinación de hemoglobina-hematócrito). Se recogieron las variables de seguimiento al año y a los 2 años únicamente en los pacientes diagnosticados en 2007 (n = 27).

En cuanto a las variables relacionadas con la comorbilidad, se tuvo en cuenta la presencia o ausencia de enfermedad cardiovascular, enfermedad psiquiátrica, diabetes, osteoporosis, enfermedades respiratorias y neoplasias.

De los pacientes diagnosticados de EPOC entre 2007 y 2009, se realizó en el momento del diagnóstico, un registro completo de las NTM en el 2,9%, en el 70% se llevó a cabo de forma parcial, y en el 27% no constaba ningún registro. De los 70 pacientes diagnosticados de EPOC, no se registró el consumo de tabaco en un 51,4%. En los pacientes fumadores (n = 20) se describía el índice paquetes/año en un 25%. Tam-



Registro NTM en el seguimiento de los pacientes EPOC.

Figura 1 Registro NTM en el seguimiento de los pacientes EPOC.

poco existe registro de espirometría al diagnóstico de EPOC en un 45,7%.

Del total de pacientes diagnosticados en 2007, no constaba ningún registro de NTM al año del diagnóstico en un 77,8%. A los 2 años, el porcentaje de pacientes sin registro era del 40,7%. (En la [figura 1](#) se expone el registro de las NTM en los pacientes en los que se había realizado alguna valoración al año y a los 2 años del diagnóstico).

Entre la comorbilidad asociada, presentan enfermedad cardiovascular un 65,7%, enfermedad psiquiátrica el 25,7%, diabetes mellitus el 17,1%, osteoporosis el 5,7%, otras enfermedades respiratorias el 5,7% y neoplasias el 5,7%.

La EPOC es una enfermedad crónica de elevada importancia para el paciente y el sistema de salud. Desde atención primaria el manejo de esta enfermedad se realiza mediante el cumplimiento de la cartera de servicios. En este trabajo se describen las deficiencias en dicho cumplimiento.

Reflexionando sobre los resultados de tan escaso cumplimiento de las NTM de la EPOC obtenidos en nuestro estudio, puede deberse a factores relacionados con los profesionales: sobrecarga asistencial por falta de tiempo para registrar nuestra labor asistencial, escasa cumplimentación del protocolo de EPOC en comparación con otras enfermedades cró-

nicas. Pero también puede deberse a factores relacionados con el paciente: baja conciencia de enfermedad, especialmente en estadios iniciales, otras comorbilidades asociadas más predominantes, situaciones que dificultan el seguimiento del paciente (como el deterioro cognitivo y situaciones de dependencia).

Bibliografía

1. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007.

Silvia Dorado Rabaneda*, Ana Sosa Alonso
y Paula Recio Díaz

Centro de Salud Las Ciudades, Área 10 de la Comunidad de Madrid, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia_dorado_r@hotmail.com
(S. Dorado Rabaneda).

doi:[10.1016/j.aprim.2010.12.014](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.014)

Enfermedad de Chagas importada: una alarma en Europa. . . en su justa medida

Imported Chagas disease: alarm in Europe. . . as it should be

Sr. Director:

La globalización ha potenciado los movimientos migratorios y la expansión de determinadas enfermedades endémicas de algunos países. Esto ocurre con la Enfermedad de Chagas, desconocida hasta hace poco fuera del continente sudamericano.

Aunque el mecanismo de transmisión es básicamente vectorial, en España adquiere relevancia por la transmisión vertical y por la posibilidad de transmisión transfusional/trasplantes, lo cual puede representar un problema de salud pública¹. Según datos del Instituto nacional de Estadística, hay 5,2 millones de extranjeros empadronados en España, de los cuales el 32% proceden de Latinoamérica².

La enfermedad tiene una fase aguda (en el 50% asintomática) y una fase crónica (en el 45% asintomática, en el 30% afectación cardíaca, en el 10% afectación digestiva, en el 10% mixta y en el 5% neurológica). La fase asintomática se puede reactivar ante un periodo de inmunodepresión³. En Latinoamérica afectaba principalmente a áreas rurales, pero el fenómeno de la urbanización creciente lo ha hecho más universal.

El objetivo del trabajo es describir la prevalencia de la infección en la población procedente de Latinoamérica en el Centro de Atención Primaria Santa Rosa de Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), de ámbito urbano, que da cobertura a 20.000 personas, y valorar los resultados del cribado y tratamiento.

Se han incluido 71 personas mayores de 18 años, procedentes de Latinoamérica en los últimos 5 años, que durante el periodo de mayo a octubre de 2009 acudieron al centro por cualquier motivo de consulta e independientemente de antecedentes de contacto con el vector. El 70% (50) provenían de área urbana y el 30% (21) de área rural. Se les realizó un análisis con serología de *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) a todos ellos.

La distribución por país de origen y los resultados de la serología aparecen en la [tabla 1](#). La serología fue positiva en 13 personas (18%). Al comparar la procedencia por ámbito rural o urbano de los pacientes con serología positiva respecto a los que la presentaron negativa, se observa que la mayoría de los positivos son de ámbito rural y que las diferencias son estadísticamente significativas (test exacto de Fisher; $p=0,0012$) ([tabla 2](#)).

La evolución de los 13 pacientes positivos fue la siguiente:

Tabla 1 País de origen de las personas estudiadas

País de origen	n (%)	Serología positiva (n)
Bolivia	20 (28,2)	8
Ecuador	19 (26,7)	1
Perú	9 (12,7)	-
Colombia	7 (9,8)	-
Brasil	7 (9,8)	-
Honduras	4 (5,6)	1
República Dominicana	3 (4,2)	2
Paraguay	1 (1,4)	-
El Salvador	1 (1,4)	1